



Desnutrição em idosos institucionalizados - Propostas de intervenção para melhoria do estado nutricional

Under-nutrition in institutionalized elderly -
Interventional proposals for the improvement of
nutritional status

Ana Luísa Calmeiro Pereira

Orientada por: Prof.Doutor Pedro Graça

Revisão temática

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto 2012

RESUMO

O rápido envelhecimento da população portuguesa constitui atualmente um desafio socioeconómico ao país, quer pela maior procura, quer pela necessidade de melhoria dos cuidados de saúde a idosos. Neste contexto surge a desnutrição em idosos, problema de saúde pública. Além de estar associado a um aumento de complicações clínicas para o doente, o estado de desnutrição aumenta a necessidade de cuidados de saúde, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde. A prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados é uma realidade à qual tem sido dada pouca importância, quer por parte dos profissionais de saúde, quer pela comunidade em geral. A deteção precoce da desnutrição pode ser feita através do rastreio nutricional, essencial para permitir a intervenção nutricional específica e deve ser um componente-chave, senão obrigatório, nos cuidados de saúde geriátricos. A ferramenta de rastreio de risco de desnutrição mais específica, recomendada e usada por profissionais de saúde é o Mini Nutritional Assessment (MNA), e pode ser implementada nas instituições geriátricas, fazendo parte do conjunto de cuidados nutricionais mínimos e periódicos a ter com os residentes.

Há necessidade de criação de normas que regulamentem de forma homogénea medidas preventivas e de cuidados a ter nestas instituições, referindo a importância do rastreio e monitorização do estado nutricional, para ganhos na saúde dos idosos. A desnutrição, especialmente em instituições geriátricas deve envolver a atenção de várias entidades como a sociedade, profissionais e técnicos cuidadores de idosos e decisores políticos.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição, idosos, instituições geriátricas, Mini Nutritional Assessment

ABSTRACT

The fast aging population is currently a socio-economic challenge to the country by the increased demand, and by the need to improve health care for the elderly. For this reason, the under-nutrition in the elderly becomes a public health problem. Besides being associated with an increase of clinical problems for the patient, under-nutrition increases the need of health cares, with high costs on a personal level, to society and health system.

The existence of under-nutrition in institutionalized elderly is a reality to which has been given a few importance, both by health professionals or by the community. The early detection of under-nutrition can be done through nutritional screening and is essential to allow specific nutritional intervention; it must be an important key in the geriatric health care.

The most specific screening tool for detect under-nutrition risk, recommended and used by health professionals is the Mini Nutritional Assessment (MNA), and can be implemented in geriatric institutions, making part of the set of minimal nutritional care of residents and periodicals.

There is a need to establish standards that regulate, uniformly, preventive measures and precautions to take in these institutions, referring to the importance of screening and monitoring of nutritional status, as a way of health gains for the elderly. Under-nutrition, especially in geriatric institutions should engage the attention of various entities such as society, professional and technical caregivers for the elderly and politics.

KEYWORDS: Undernutrition, elderly, geriatric institutions, Mini Nutritional Assessment

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	iv
1.Introdução	1
1.1.O envelhecimento.....	1
1.2.Instituições geriátricas em Portugal.....	2
1.2.1.Regulamentação e Recomendações.....	3
2. Desnutrição.....	5
2.2. O impacto económico.....	7
3.Como identificar o problema?.....	8
3.1. Mini Nutricional Assessment	9
4.A abordagem multidisciplinar para o combate à desnutrição em	
Instituições geriátricas	11
4.1. Os técnicos e profissionais das instituições	11
4.2. O papel da sociedade.....	12
4.3. Decisões políticas e regulamentação	13
5. Ações implementadas noutros países	13
6. Análise crítica e conclusões finais	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
AGRADECIMENTOS.....	19

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ESPEN – The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

IG – Instituições geriátricas

MNA – Mini Nutritional Assessment

MNA-SF- Mini Nutritional Assessment-Short Form

1.Introdução

“Informal care in Portugal is expected to stay at the same level in the near future, and households rather than public organizations are likely to continue to be the mainstay. Informal care is not on the political agenda in Portugal because it is taken so much for granted, as is the domestic role of women”⁽¹⁾

1.1.O envelhecimento

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios socioeconómicos do século XXI que afeta grande parte das áreas políticas das sociedades europeias. O desafio passa por atender a uma maior procura por cuidados de saúde e adaptar os sistemas de saúde face às necessidades de uma população envelhecida.

À semelhança dos países da Europa, também em Portugal se verifica cada vez mais um aumento da população idosa e uma diminuição da população jovem.⁽²⁾ Estima-se que entre 2010 e 2050, a situação de envelhecimento demográfico continuará a aumentar e quase duplicar, atingindo em 2050, 32% do total da população, contra apenas 13% de jovens.⁽³⁾ Segundo ainda os dados dos Censos de 2011, Portugal tem cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade.⁽⁴⁾ A evolução demográfica dos restantes Estados membros da União Europeia também se enquadra nesta tendência, estimando-se que a proporção da população idosa duplique em meio século (1995-2050), passando de 15% para 30%.⁽³⁾

Em todo o mundo, inúmeros estudos têm-se concentrado na crescente epidemia da obesidade, incluindo a obesidade entre os idosos, sendo esquecida a

problemática da desnutrição. No entanto, uma grande parcela de idosos tem baixo peso e não obtém calorias suficientes ou os nutrientes corretos através da alimentação. Pelo facto de existir um número cada vez maior de idosos a nível mundial, pode-se apontar uma necessidade aumentada dos cuidados nutricionais a ter com esta população ⁽⁵⁾. Outro facto também a ter em conta é a desnutrição em idosos ser mais estudada ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, sendo dada menos relevância á existência desta patologia fora dos hospitais, como nas instituições geriátricas (IG), cada vez mais frequentadas pelos idosos.

Outros fatores preditivos de doença primária como pressão arterial, febre, desidratação são frequentemente monitorizados nos idosos, pelo que não faz sentido que fatores nutricionais que causam riscos clínicos significativos não sejam igualmente controlados. A alimentação e o estado nutricional do idoso são dos determinantes mais importantes que influenciam a qualidade de vida, morbilidade e mortalidade.^(5, 6)

Tendo todos estes factos em conta, é preocupante saber que em Portugal não há normas que regulamentem de forma homogénea os cuidados nutricionais a ter em IG. Após algumas visitas, de forma aleatória, a várias destas instituições pude ter mais certeza da falta de informação e sensibilidade para o problema da desnutrição em idosos institucionalizados e de práticas para o combater.

1.2.Instituições geriátricas em Portugal

O Parlamento Europeu aprovou o ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Constitui um apelo à tomada de ações políticas em domínios como o emprego, proteção social, educação e formação, saúde e serviços sociais, alojamento e infraestruturas públicas. A Organização Mundial de Saúde refere o envelhecimento ativo como

um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a otimização das condições de saúde, participação e segurança. ⁽⁷⁾

Assim, a preocupação com o estado nutricional dos idosos residentes em instituições, está integrado num envelhecimento saudável e ativo. Nos meios institucionalizados, a intervenção com idosos deverá ir de encontro á minimização de sentimentos de desânimo e depressão, bem como da manutenção dos estados físico e nutricional adequados, promovendo o bem-estar desta população tão especial.

O número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, quer em lares, centros de dia ou casas de repouso. Em Portugal, cerca de 33% dos utentes associados a estabelecimentos de segurança social, são idosos, nomeadamente 12% em lares, 11% em apoio domiciliário e 10% em centros de dia. ^(8, 9)

Em geral, os residentes das IG esperam poder encontrar segurança e tranquilidade e os melhores cuidados de saúde possíveis, assim como receberem refeições regularmente. E nos cuidados nutricionais? Existe monitorização do estado nutricional? Podem estar seguros de que vão ser tratados nessa área? Apesar da maioria destes centros disponibilizarem alimentos em quantidade suficiente, o que justifica as taxas de desnutrição nos idosos ^(5, 6, 10, 11)? O que não está a ser feito?

1.2.1.Regulamentação e Recomendações

Segundo a portaria nº67/2012, do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, ⁽¹²⁾ que define normas reguladoras referentes a residências

para idosos, e pelo artigo 12º da referida portaria, o pessoal mínimo exigido a integrar nas instituições limita-se a um enfermeiro e um animador socioculturais por cada 40 idosos residentes, a um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro, e a ajudantes de ação direta. Há obrigatoriedade da existência de um processo individual de cada idoso, mas não há referência ao registo do peso no momento da admissão e sua evolução, por exemplo, o que seria essencial para monitorização do estado nutricional.

Existe ainda o despacho normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos⁽¹³⁾. Na norma IX deste despacho é feita referência á “Alimentação” e é definida apenas pelos seguintes pontos: “1 – A alimentação deve ser variada, bem confeccionada e adequada à idade e ao estado de saúde dos utentes; 2 – A existência de dietas especiais terá lugar em caso de prescrição médica e a respetiva lista deve ser afixada junto à cozinha; 3 – As ementas devem ser afixadas pelo menos semanalmente, em local bem visível, por forma a poderem ser consultadas pelos utentes e familiares.”

No entanto em nenhum destes documentos normativos há referência à necessidade de um nutricionista neste tipo de instituições.

Em relação a recomendações no âmbito de uma alimentação correta e equilibrada para idosos, pode-se encontrar várias fontes bibliográficas, sendo um assunto bastante estudado. Em especial nestas instituições e em Portugal, essas considerações são feitas nos Manuais de “Processos-Chave para Estruturas Residenciais para Idosos e em Centros de dia”, elaborados pela da Segurança Social Portuguesa. No separador “Nutrição e Alimentação” são indicadas desde regras para uma alimentação saudável, para elaboração de ementas, preparação

de dietas especiais, até regras da conservação, manipulação e confeção de alimentos. É também feita uma abordagem á aplicação do sistema HACCP (Análise de Perigos e Controlo dos Pontos Críticos).^(14, 15)

No entanto, nestes documentos, mais uma vez não são aconselhados nem a monitorização do peso, nem o rastreio aos idosos para detetar desnutrição. No capítulo “ Instrução de Trabalho — Admissão e Avaliação Diagnóstica” estes pontos deveriam ser incluídos como fazendo parte do processo individual de cada idoso, começando no momento da admissão.

2. Desnutrição

Não existe uma definição exata do conceito de desnutrição, pela variedade de critérios para o seu diagnóstico e classificação.⁽¹⁶⁾ No entanto, algumas considerações gerais podem ser assentes. A desnutrição é muitas vezes designada por desnutrição energético-proteica ou malnutrição energético-proteica e pode ser definida como uma deficiência a nível proteico, energético e de outros nutrientes que causa efeitos adversos sobre tecidos, órgãos ou sobre a forma corporal (tamanho e composição).⁽¹⁷⁾ É considerada uma síndrome clínica caracterizada por perda de peso associada a diminuição significativa de gordura e massa muscular.⁽¹⁸⁾

São várias as **causas** de desnutrição em idosos, no entanto podem-se apontar as mais relevantes como: insuficiente ingestão de alimentos ou perdas de nutrientes acentuadas causadas por doenças agudas com perdas gastrointestinais, perda de apetite e diminuição da sensação de sede, disfagia, monotonia da dieta por falta de diversidade alimentar ou ainda devido a refeições insuficientes e que não atinjam as necessidades específicas dos idosos.^(5, 6, 19) A

desnutrição em idosos pode ainda estar associada à doença, relacionado a um estado de insuficiente ingestão, utilização ou absorção de energia e de nutrientes.

⁽²⁰⁾ Além disso, muitas doenças mais prevalentes na 3ª idade têm a anorexia como um sintoma, que por si só pode levar à desnutrição.^(16, 21) Outra vertente principal que interfere diretamente com o desenvolvimento de desnutrição diz respeito aos fatores psicossociais como o isolamento, perda de autonomia e depressão.^(21, 22)

2.1. Consequências

Está provado que o estado de desnutrição está associado a um aumento de admissões hospitalares e a períodos de internamento mais prolongados.^{(6, 10,}

²³⁾ Indivíduos desnutridos têm maior risco de desenvolver doenças agudas, sofrem cerca de 20 vezes mais de complicações clínicas e apresentam maior taxa de mortalidade^(5, 10). Consequentemente, o sistema imunitário destes indivíduos também vai estar mais debilitado, com mais problemas de cicatrização, e maior probabilidade de desenvolverem infecções e úlceras de pressão.⁽²⁴⁾ A sarcopenia com perda de massa e força musculares é outra das principais consequências da desnutrição, levando à insuficiência respiratória e consequentemente à diminuição da autonomia do idoso, da sua capacidade funcional e a uma maior fragilidade, o que pode levar à depressão.^(5, 6, 25) Instala-se assim um ciclo vicioso, resultando em isolamento social, agravamento do estado nutricional e da qualidade de vida do idoso.^(22, 26)

Sabe-se que estados de desnutrição são mais frequentemente encontrados em idosos institucionalizados do que em idosos que vivem independentemente.⁽²⁶⁾ A prevalência da desnutrição em instituições é variável e depende das ferramentas usadas no rastreio à população, podendo chegar a variar entre 50 a 90%.^(6, 27)

2.2. O impacto económico

A desnutrição tem que ser vista como um problema de saúde pública, sobretudo por estar associada ao aumento de gastos económicos nos sistemas de saúde na maioria dos países.^(6, 10, 23) Embora os dados disponíveis sobre esses custos sejam ainda limitados, pois a sua maioria é obtida em diferentes países, em diferentes ambientes de cuidados a idosos (hospitais, instituições), em momentos diferentes e utilizando diferentes critérios de diagnóstico de desnutrição, podem-se apontar estimativas^(6, 23):

- Segundo dados apresentados na declaração “The Fight Against Malnutrition”⁽²⁸⁾ elaborada por entidades do ramo da nutrição a nível europeu, como a ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), a desnutrição afeta cerca de 20 milhões de cidadãos europeus e custa aos governos cerca de 120 bilhões de euros anualmente.

- Uma estimativa do Reino Unido mostra que em 2003 a despesa pública com a desnutrição foi de 10,95 bilhões de euros por ano, o que equivale a mais de 10% da despesa pública total em saúde.⁽²⁹⁾

- Na Bélgica os custos da desnutrição em idosos foram estimados em 400 milhões de euros por ano.⁽⁶⁾

O mais preocupante é o facto destes custos serem na maioria dos casos, suportados pelos idosos doentes, e uma vez que alguns são apenas parcialmente reembolsados e por falta de condições económicas, os tratamentos são cancelados ou abandonados precocemente.

Apesar da desnutrição ser dificilmente reconhecida como um importante problema de saúde, os seus custos ao nível da saúde estão na mesma faixa de custos de cuidados de saúde da obesidade e excesso de peso, situações que

estão no foco de todas as políticas nacionais de saúde. ⁽⁶⁾ Se a passividade a este problema de saúde por parte dos governos e responsáveis pelos cuidados de saúde de idosos permanecer, maiores custos a longo prazo irão resultar.

Como primeira e principal medida de redução dos custos em cuidados de saúde consequentes da desnutrição no idoso, pode-se apontar a prevenção através de rastreios sistemáticos e da monitorização do estado nutricional. Segundo a *American Dietetic Association*, por cada mil dólares gastos em rastreios e intervenções nutricionais, 3,25 dólares são poupados. ⁽³⁰⁾ Portanto, ações de base preventiva devem ser umas das prioridades a ter em conta para combater este problema cada vez mais emergente.

3. Como identificar o problema?

São vários os estudos que mostram que o rastreio nutricional periódico, avaliação e intervenção são componentes-chave de bons cuidados de saúde, constituindo medidas efetivas que podem melhorar resultados e reduzir custos nos cuidados de saúde. ^(10, 18, 25, 31-33) Além disso, existem várias recomendações já elaboradas para implementação de rastreio nutricional em ambiente hospitalar ⁽³⁴⁻³⁷⁾, que podem ser adaptadas e adotadas pelas IG.

Segundo a declaração de 2011 “*The Fight Against Malnutrition*” elaborada a nível europeu, todos os indivíduos residentes em instituições de cuidados a idosos, devem ser frequentemente rastreados para detetar presença de malnutrição, o que ajudará a prevenir futuros custos de cuidados de saúde. ⁽²⁸⁾

O rastreio é o primeiro passo para avaliar, e posteriormente tratar idosos desnutridos ou em risco de desnutrição. ⁽³¹⁾ Deve ser realizado no momento da admissão na instituição e ser feito posteriormente de forma periódica para constituir uma monitorização do estado nutricional. O rastreio deve ser idealmente

aplicado por um médico ou enfermeiro. Se o resultado for positivo, deverá ser feita uma avaliação mais detalhada do estado nutricional do idoso para determinar a presença e severidade da condição. ^(17, 35) Se a avaliação confirmar o estado clínico de desnutrição, poderão ser direcionados planos e intervenções nutricionais específicas a estes idosos.

Assim a partir do rastreio, é possível uma avaliação mais específica e posteriormente intervenção nutricional, prevenindo patologias mais graves, ajudando na manutenção do bom estado nutricional do idoso. ^(6, 10, 31, 35) Todos os dados devem ser registados no processo individual dos idosos, de forma a acompanhar a pessoa de forma sistemática, integrando todos os rastreios realizados e os seus resultados, assim como os registos de peso efetuados periodicamente. Além disso, a perda de peso e a sua monitorização são considerados indicadores de qualidade na avaliação do estado nutricional do idoso.⁽³⁸⁾ Todas estas informações devem ser acessíveis a todos os profissionais de saúde e pessoas envolvidas no cuidado do idoso.

3.1. Mini Nutricional Assessment

Dentro das várias ferramentas de rastreio do estado nutricional existentes, a eleita como ideal para os idosos institucionalizados é o *Mini Nutricional Assessment* (MNA).^(6, 10, 31, 33, 39) É uma ferramenta de rastreio e avaliação com uma escala fiável, com limites claramente definidos e usada por vários profissionais de saúde.⁽³⁹⁾ Foi desenvolvida para avaliação da população geriátrica e é proposta como parte de um conjunto de dados mínimos que permitam intervenções nutricionais. São várias as vantagens e justificações para ser esta a ferramenta de eleição a adotar nas instituições:

- É uma ferramenta não invasiva, simples e de fácil utilização, demorando apenas entre 10 a 15 minutos.⁽³⁵⁾
- Deteta pessoas em risco de desnutrição antes de ocorrerem alterações significativas no peso e em parâmetros clínicos, como os níveis de albumina⁽⁴⁰⁾, podendo ser portanto uma ferramenta para prevenção e intervenção nutricional.⁽⁴¹⁾
- Devido á variedade de itens que apresenta, é apontado como sendo melhor do que outras ferramentas de rastreio nutricional.⁽⁴²⁾
- Sabe-se que a sensibilidade dos resultados obtidos através da escala do MNA é de 96%, a especificidade de 98% e o valor prognóstico para desnutrição é de 97%.^(40, 43) A aplicação do MNA é portanto um método sensível e específico na identificação do risco de desnutrição em idosos.
- É recomendado por sociedades científicas nacionais e internacionais como a ESPEN, The *International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG) e The *International Academy for Nutrition in the Aged* (IANA).⁽³³⁾

O MNA é uma ferramenta composta por duas etapas: a primeira compreendida pelo MNA-SF (*Mini Nutricional Assessment-Short Form*) para rastreio de desnutrição, e a segunda correspondente ao MNA completo para uma avaliação mais detalhada do estado nutricional. No global, é um questionário de 18 itens que incluem medidas antropométricas, em conjunto com um questionário sobre ingestão alimentar, uma avaliação global e uma autoavaliação. O MNA-SF é composto por 6 itens destes 18⁽⁴⁰⁾ e permite um rastreio ainda mais rápido, cerca de 4 minutos⁽³³⁾, para determinar o risco de um idoso em desnutrição. A aplicação apenas desta primeira parte ultrapassa a limitação do MNA completo não ser possível aplicar em idosos acamados ou com incapacidade mental.

Assim, no mínimo todas as IG deveriam aplicar, de forma periódica, o MNA-SF como ferramenta de rastreio de desnutrição.

4. A abordagem multidisciplinar para o combate à desnutrição em IG

As elevadas taxas de desnutrição encontradas em idosos residentes em IG devem-se sobretudo á falta de disposições legais e protocolos internos relativos á quantidade e qualidade das refeições para idosos, á monitorização e avaliação do estado nutricional, e á falta de treino e qualificação do pessoal.⁽⁶⁾Tendo como base as *guidelines* do Conselho da Europa para ações e intervenções em IG para combater a desnutrição, pode-se destacar a importância de uma abordagem estruturada e multidisciplinar para ajudar a melhorar este problema. Esta abordagem deve envolver juntamente com os idosos, todos os profissionais e técnicos que trabalham nas instituições, os cuidadores, os responsáveis pelas instituições, a sociedade em geral e os responsáveis superiores do governo.

4.1. Os técnicos e profissionais das instituições

O **nutricionista** deve ser destacado como o interveniente central no apoio nutricional a idosos, transmitindo responsabilidades e competências aos cuidadores nas instituições.^(6, 44) Este profissional pode desempenhar várias tarefas que permitem melhorar e prolongar a qualidade de vida e estado de saúde dos idosos, entre as quais se podem destacar: fazer parte da equipa responsável pela monitorização do estado nutricional dos idosos, instalando e participando nos rastreios e avaliação da desnutrição; garantir a qualidade nutricional e a variedade de refeições oferecidas, participando na elaboração de ementas específicas; controlar e adaptar o tamanho das porções, bem como da textura, de acordo com as necessidades específicas de

cada idoso e elaborar, em colaboração com o médico e equipas médicas, medidas nutricionais adequadas. Além disso deve dar formação específica aos cuidadores dos idosos e a todo o pessoal que trabalhe com os idosos diariamente, como enfermeiros e auxiliares e aos responsáveis pela preparação das refeições.^(6, 17)

Em relação aos **restantes técnicos** e a todo o pessoal envolvido nos cuidados do idoso, é necessário uma maior consciência para o problema da desnutrição. Seria útil implementar programas de formação contínua sobre nutrição, desnutrição, e técnicas de suporte nutricional para todo o pessoal envolvido na alimentação de pacientes. Outros conhecimentos também devem ser ensinados a estes técnicos como exemplo como diagnosticar sinais de disfagia, como ajudar com a alimentação e controlar a ingestão alimentar, peso e outros parâmetros relevantes para um bom estado nutricional do idoso.^(6, 17)

4.2. O papel da sociedade

Apesar do assunto da desnutrição em idosos não ser totalmente desconhecido, há necessidade de uma maior sensibilização não só por parte dos cuidadores que trabalham nas IG, mas também na comunidade em geral. É importante fornecer informações sobre a saúde e nutrição equilibrada de uma maneira contínua e coerente, usando os meios mais adequadas para atingir o consumidor, tais como meios audiovisuais, clínicos gerais, organizações de saúde, farmácias e supermercados. A desnutrição deve ser abordada com a mesma preocupação como a que é dada á obesidade. Poder-se-iam criar plataformas nacionais com vista ao combate á desnutrição, desenvolvendo compromissos e ações que aumentassem a consciência pública e a atenção de decisores políticos nacionais e europeus para esta problemática.

4.3. Decisões políticas e regulamentação

A preocupação pela desnutrição em idosos, em especial em instituições, deve fazer parte das agendas políticas dos governos. O papel dos decisores políticos passa por várias ações possíveis, entre as quais se destacam as mais importantes:

- Incluir o rastreio, avaliação e monitorização como obrigatório no padrão de admissão de idosos em IG;
- Promover a educação nutricional nos currículos de médicos, enfermeiros, cuidadores;
- Estabelecer padrões mínimos de educação nutricional e conhecimentos sobre suporte nutricional, incluindo acordos sobre as principais funções e responsabilidades dos profissionais e cuidadores nas instituições, aquando a sua contratação;
- Controlar através de auditorias regulares em conformidade com requisitos legais a instituições.

Deve-se também apostar na certificação oficial de IG com boas práticas nutricionais de modo a incentivar e aumentar a preocupação por parte dos responsáveis das instituições. ^(6, 17)

5. Ações implementadas noutros países

Em França, entidades superiores de saúde criaram, em 2007, *guidelines* para o suporte nutricional para a desnutrição energético-proteica em idosos. É recomendado o rastreio de desnutrição em todos os idosos e em especial em instituições deve ser realizado no mínimo mensalmente, após a admissão. A ferramenta de rastreio aconselhada é o MNA. ⁽⁴⁵⁾

Na Bélgica, foi elaborado o Plano Nacional de Alimentação e Saúde (*The National Food and Health Plan*) que tem como objetivo melhorar os hábitos alimentares, de forma a melhorar saúde pública e reduzir a incidência de doenças e o risco de desnutrição. Entre várias ações que visam o combate à desnutrição, foi organizado em 2007, um Fórum internacional sobre desnutrição em instituições que prestam cuidados a idosos, onde também é recomendado o uso de ferramentas de rastreio do estado nutricional de idosos em hospitais e instituições.⁽⁴⁶⁾

A entidade europeia *The European Nutrition for Health Alliance* trabalha com várias entidades interessadas no assunto do combate á desnutrição, promovendo educação nutricional, sensibilização e propondo ações políticas a nível europeu. Das suas várias publicações destaca-se a “*STOP disease-related malnutrition and diseases due to malnutrition!*”, ou denominada por *Prague Declaration*. Entre vários pontos de ação apresentados nesta declaração, é de destacar a recomendação para o rastreio obrigatório e periódico em todas as instituições e hospitais, e o incentivo a mais pesquisas sobre desnutrição.⁽⁴⁷⁾

6. Análise crítica e conclusões finais

Associado ao aumento acentuado do envelhecimento da população portuguesa, encontra-se o problema da desnutrição em idosos. Esta condição clínica tem sido objeto de estudo praticamente apenas nos meios hospitalares, sendo ignorada a sua existência, igualmente prevalente e preocupante, nas IG. Mais preocupante ainda é o facto de não estarem produzidas medidas claras de prevenção e tratamento, principalmente no nosso país. O rastreio de risco de desnutrição e avaliação do estado nutricional dos idosos devem fazer parte dos cuidados de saúde a ter nas instituições, pois reduz quer complicações clínicas

associadas, quer os gastos ao nível dos cuidados de saúde. Entre as várias ferramentas de rastreio para esta população específica, a mais recomendada na bibliografia é o MNA.

É preciso uma maior sensibilização para o problema de saúde pública que é a desnutrição, e tratá-la com igual preocupação e prioridade como é tratada a obesidade, por exemplo. Vários são os formatos que podem ser utilizados para combater a desnutrição nas IG, quer através dos profissionais de saúde, quer através de ações políticas. No entanto, ainda não é totalmente reconhecida a importância do apoio do Nutricionista nestas instituições, nem está produzida regulamentação a pensar nesta problemática. Se fossem criadas normas, recomendações e políticas específicas a nível nacional, que incluíssem no mínimo o rastreio nutricional periódico, iria aumentar a capacidade de prevenção do problema e a sensibilização para o mesmo.

Existem recomendações e *guidelines* traçadas a nível europeu, que no entanto não são implementadas de forma sistemática, talvez por falta de atenção a este problema, e de conhecimento e formação técnica por parte dos profissionais que lidam com os idosos diariamente. Ainda é preciso mudar mentalidades e prioridades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giarchi, G. Caring for Older Europeans - Comparative studies in 29 countries. Aldershot and Brookfield, Arena. 1996.
2. Instituto Nacional de Estatística, Portugal. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. 2002. Disponível em: www.ine.pt.
3. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Indicadores Sociais - Edição de 2005. 2005
4. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Censos 2011 - Resultados Provisórios. INE, I.P., Lisboa. 2011.
5. Underweight, Undernutrition, and the Aging. Population Reference Bureau. 2007
6. Council of Europe - Committee of experts on nutrition fact. Nutrition in care homes and home care report and recommendations: from recommendations to action. Strasbourg; 2008.
7. European Union. 2012 - European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. (Acedido em 11.Jul.2012). Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=en>.
8. INE. 2002 PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2001) - Censos 2001 : resultados preliminares : XIV recenseamento geral da população : IV recenseamento geral da habitação. Lisboa : INE.
9. Lobo A. Pereira A. Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. Revista Referência IIª Série - nº 4. Jun. 2007
10. Renuka Visvanathan IC, Jonathan Newbury. Malnutrition in older people - Screening and management strategies. Australian Family Physician. 2004; vol.33
11. Lelovics Z, Bozo R, et al. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009;49 :190–196.
12. Portaria nº.67/2012, de 21 de Março. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Portugal; 2012.
13. Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998. Social MdTedS. 1998.
14. Segurança Social, Governo da República Portuguesa. Manual de Processos-Chave - Estrutura Residencial para Idosos.
15. Segurança Social, Governo da República Portuguesa. Manual de Processos-chave em Centros de Dia.
16. Stratton R, Green C, Elia M. Disease-Related Malnutrition - an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing. 2002.
17. M. Arvanitakis a PCb, L. Doughan c, A. Van Gossum. Nutrition in care homes and home care: Recommendations – a summary based on the report approved by the Council of Europe. Clinical Nutrition. 2009;492–96.
18. Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Under-Nutrition and the Older Person. Position Statement No 6 2007.
19. Sampson G. Weight loss and malnutrition in the elderly – the shared role of GPs and APDs. Australian Family Physician. 2009;38:507-510.
20. Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. Comentário do Grupo de Estudo da Desnutrição (GED) da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica ao Programa Nacional para a Promoção da Alimentação

Saudável – Orientações Programáticas. 2012. Disponível em: http://www.apnep.pt/downloads/coment%C3%A1rio_ao_Plano_Nacional_de_Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf.

21. Visvanathan R. Under-Nutrition in Older People: A Serious and Growing Global Problem!. J Postgrad Med [serial online] 2003 [cited 2012 Jul 16];49:352-60.
22. Chen C, Schilling L, Lyder C. A concept analysis of malnutrition in the elderly. Journal of Advanced Nursing 2001;36(1): 131-142.
23. National Alliance for Infusion Therapy and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Public Policy Committee and Board of Director. Disease-Related Malnutrition and Enteral Nutrition Therapy. [Internet . Acedido em 18.07.2012] Disponível em: <http://www.nutritioncare.org/Index.aspx?id=5696>.
24. Association AD. Position of the American Dietetic Association: Individualized Nutrition Approaches for Older Adults in Health Care Communities. Journal of the American Dietetic Association. 2010
25. Sampson G. Weight loss and malnutrition in the elderly. Australian Family Physician 2009; Vol. 38, No. 7.
26. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? International Journal of Nursing Practice 2006; 12:110–118.
27. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? Int J Nurs Pract 2006;12:110–8.
28. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, The European Nutrition for Health Alliance, Polish Society for Parenteral and Enteral Nutrition. The Fight Against Malnutrition - final declaration. In.; 2006.
29. Elia M. et al. A cost-utility analysis in patients receiving enteral tube feeding at home and in nursing homes. Clin Nutr 2008 27(3) :416-23.
30. Anne Coble Voss MT, Judith D. Gussler. Malnutrition: A hidden cost in health care. Ross Products Division, Abbott Laboratories. 2006
31. Harris D, Haboui N. Malnutrition screening in the elderly population. Journal of the Royal Society of Medicine 2005;98:411-414.
32. (BAPEN) BAfPaEN. Nutrition screening survey in the UK in 2008 - Hospitals, care homes and mental health units. 2008.
33. Bauer JM. The Importance of Screening and the MNA®-SF. University of Erlangen-Nuremberg. 2012
34. Council of Europe. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Disponível em: http://www.nutritionday.org/uploads/media/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf.
35. Kondrup J, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition. 2003. .
36. Council of Europe Resolution Food and Nutritional Care in Hospitals - 10 Key Characteristics of good nutritional care in hospitals.
37. Recomendações do Grupo de Estudos da Desnutrição da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. Práticas para reduzir o problema da desnutrição em Portugal. 2009. Disponível em: http://www.apnep.pt/downloads/GED_recomendacoes.pdf.
38. Reuben D. Quality Indicators for Malnutrition for Vulnerable Community Dwelling and Hospitalized Older Persons. RAND Healt. 2004

39. Bleda M, Bolibar I, et al. Reability of the Mini Nutritional Assessment(MNA) in institutionalized elderly people. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2002;6.
40. Guigoz Y LS, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment
Clin Geriatr Med 18(4):737-57. 2002
41. Suominen M. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Faculty of Agriculture and Forestry of the University of Helsinki. 2007
42. Hengstermann S, Nieczaj R, Steinhagen-Thiessen E, Schulz RJ. Which are the most efficient items of mini nutritional assessment in multimorbid patients? J Nutr Health Aging. 2008 Feb;12(2):117-22
43. Myrian Najas TY. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. Nutrição na Maturidade - Nestlé Nutrition. 2006
44. American Dietetic Association. Position Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Across the Spectrum of Aging. Journal of the American Dietetic Association. 2005;105:616-633.
45. Santé HAd. Guidelines - Nutritional support strategy for protein-energy malnutrition in the elderly 2007
46. Federal Public Service of Public Health. The National Food and Health Plan in Belgium. 2008.
47. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), The European Nutrition for Health Alliance, STOP disease-related malnutrition and diseases due to malnutrition! 2009

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial à minha mãe, pois sem ela nada disto seria possível. Um muito obrigada aos meus avós, por todo o apoio incondicional e por terem sempre acreditado em mim.

À Cris e Rute, pela amizade e pelas ouvintes que sempre foram, em especial durante estes últimos 5 meses.

Ao meu orientador Prof.Doutor Pedro Graça, por toda a atenção e sugestões dadas, mesmo entre todos os seus trabalhos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.